Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 31 lipca 1880. № 31. Rok XIX.

TREŚĆ: I. DOMAŃSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. (C. d.) — II. RYDYGIER. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj. (C. d.) — III. *Oceny i sprawozdania*: CRITCHETT i BADER. O nowych sposobach leczenia śluzotoku *(ophthalmia gonorrhoica)*. POLLOCK. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. Sprawy Towarzystw lekarskich. Posiedzenie Tow. lek. krak. — V. *Odcinek:* Sprawy lekarskie w Sejmie. II. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

12. Zmiany anatomiczne kiłowe rdzenia pacierzowego i jego opon nie są dotychczas dokładnie poznane z dwóch przyczyn: naprzód ponieważ są w ogólności rzadkie przynajmniéj dla obserwacyi anatomicznéj powtóre, ponieważ przypadków, którym miano sposobność przypatrzeć się bliżéj na stole sekcyjnym, z małym bardzo wyjątkiem nie wyzyskano należycie dla nauki zaniedbując w szczególności badania mikroskopijnego.

Pomijając choroby rdzenia pacierzowego i jego opon będące skutkiem zmiany kiłowéj w stosie kręgowym znajdujemy naprzód przypadki, w których badanie anatomiczne nic nie wykryło; byłyby to zatém zboczenia czynnościowe bez zmiany anatomicznéj. Że takie pojęcie nie odpowiada dzisiejszemu stanowisku nauki, że każde zboczenie za życia obserwowane musi mieć i ma niewątpliwie swą przyczynę materyjalną, wątpliwości nie ulega. Dlatego czując niedostateczność przypuszczenia kiłowych zboczeń wyłącznie czynnościowych ze strony rdzenia pacierzowego ucieczono się do przypuszczenia, że samo zakażenie krwi jadem kiłowym, sama może w niéj zmiana anatomiczna w postaci pewnego rodzaju niedokrewności właściwéj jest powodem objawów postrzeganych za życia, których przyczyna anatomiczna po śmierci wykazać się nie da. Takie tłumaczenie nie jest rzeczywiście żadném wyjaśnieniem, lecz tylko raczéj uzasadnieniem naszéj niewiadomości, bo opiera się na przypuszczeniach, którychby znów trzeba osobno dowodzić.

W innych, zawsze atoli rzadkich przypadkach znaleziono zmiany anatomiczne, które, o ile z dotychczasowych danych sądzić wolno, w ogólności okazują analogiję do zmian kiłowych w mózgu. Najczęstszemi są zmiany kiłowe opon ze stwardnieniem lub utworzeniem kilaków i następowém zrośnieniem opon tak ze sobą jak i z rdzeniem pacierzowym.

W samym rdzeniu pacierzowym występować mogą skutkiem kiły stwardnienia lub kilaki. Kilaki są bardzo rzadkie i pojawiają się, ile sądzić można, prawie zawsze tylko w obwodzie rdzenia. Zmiany w naczyniach, zdaje się, że wykryto w niektórych przypadkach.

Co do zmian następowych, znajdujemy gdzieniegdzie wzmianki o rozmiękczeniu; w jakim atoli stosunku zostaje to rozmiękczenie do zmian bezpośrednich kiłowych w rdzeniu pacierzowym a mianowicie w jego naczyniach, w téj chwili jeszcze nie rozstrzygnięto.

13. Nader ważném jest pytanie w ostatnich latach osobliwie we Francyi poruszane, czy zmiana anatomiczna cechująca wiąd pacierzowy (*tabes dorsalis*) może być następstwem bezpośredniém kiły. Pytanie to trudno bardzo dziś już rozstrzygnąć nawet za pomocą badania anatomicznego a to z powodu, że ściśle rzecz biorąc nie znamy na pewne ani jednego znaku, któryby wyłącznie cechował zmianę kiłową. Wszystkie zboczenia anatomiczne razem uważane niewątpliwie dać nam mogą i dają rzeczywiście pewną skazówkę, że dana zmiana jest kiłową, ale w samym tworze kiłowym nie znajdujemy nic, coby go bezwarunkowo i wyłącznie cechowało. W obec tych trudności nie pozostaje nam nic innego, jak przedstawić bezstronnie okoliczności, które autorów skłaniają do jednego lub drugiego twierdzenia i podać niektóre uwagi na własnych postrzeżeniach oparte.

Fournier, pierwszy jak wiadomo, jeszcze w r. 1876 wystąpił z twierdzeniem, że między kiłą a wiądem pacierzowym istnieje ścisły związek, popierając je swoją statystyką, która w 30 przypadkach wiądu wykazała 24 razy poprzednie objawy kiły, tudzież terapiją, albowiem jodek potasu w wielu przypadkach doprowadził do wyleczenia.

Przeciwko temu twierdzeniu wystąpili energicznie Drysdale, Bloxham i Broadbent. Drysdale zwrócił się przeciw mniemaniu, jakoby wszystko można przypisywać kile, Bloxham pyta się, dlaczego kobiety tak rzadko podlegają wiądowi pacierzowemu, jeżeli mają kiłę,

a Broadbent jeszcze dawniéj położył nacisk na tę okoliczność, że kiła tworząc właściwe zmiany anatomiczne nie trzyma się systematu ani anatomicznego ani fizyjologicznego, co właśnie ma być cechą wiądu pacierzowego.

M. Cornil w dziele co właśnie wydaném zajmuje w kwestyi, o któréj mowa, stanowisko pośrednie: jeżeli prawdą jest, że $^{2}/_{3}$ wszystkich przypadków wiądu poprzedzała kiła, trzeba ją uważać za przyczynę tylko uspasabiającą do wiądu bez związku ściślejszego. Wiąd pacierzowy u kiłowych nie różni się niczém od wiądu w niekiłowych. Co do zmian anatomicznych, nie znajdujemy u kiłowych w odpowiednich częściach rdzenia pacierzowego nic, coby kiłę oznaczało, owszem zmiany są teżsame, co i u tych, którzy nigdy kiły nie przebyli. Terapija nie popiera zdania Fourniera, bo z jednéj strony polepszenia skutkiem leczenia antisyfilitycznego mogły być tylko chwilowe i po prostu następstwem naturalnych oscylacyj w natężeniu objawów chorobowych, a z drugiéj rtęć bez wątpienia skutkuje przeciw cierpieniom całkiem z kiłą nic wspólnego nie mającym. Julliard nie zgadza z tak absolutném twierdzeniem Cornila: według niego zmiana anatomiczna we wiądzie pacierzowym nie ogranicza się nieraz ani do samego rdzenia pacierzowego ani tém mniéj do samych jego sznurów tylnych. I tak zboczenia ze strony mózgu i nerwów mózgowych np. nerwu wzrokowego tudzież objawy ze strony nawet przednich sznurów rdzenia dowodzą, że zmiana anatomiczna nie zajmuje w wielu przynajmniéj przypadkach samych tylko sznurów tylnych, nie trzyma się więc systematu ani anatomicznego ani fizyjologicznego. Zarzut ten więc przeciw kiłowemu pochodzeniu wiądu upada. Zresztą oddawna rzeczą wiadomą, że w wiądzie znajdujemy nieraz zgrubienie naczyń mianowicie drobniejszych i włosowatych, chociaż obecnie zdaje się, że zmiana w naczyniach poprzednio opisana nie jest wyłącznie tylko kile właściwą.

Nie kusząc się o rozwiązanie ważnéj téj kwestyi, o któréj mowa, mogę na podstawie własnych dosyć licznych spostrzeżeń oświadczyć, co następuje:

1) Większa połowa, $^{3}/_{4}$ a może nawet $^{4}/_{5}$, moich chorych na wiąd pacierzowy kiłę przebyła niewątpliwie, chociaż prócz jednego chorego ani jeden w czasie wiądu postępującéj kiły nie okazywał.

2) Zgodnie ze zdaniem Cornila wiąd u kiłowych nie różnił się niczém od wiądu u osób, które nigdy kiły nie miały.

3) Co do wniosków z terapii o naturze wiądu, zasługują na uwagę następujące okoliczności.

Środki właściwe przeciwkiłowe jak przetwory jodu i rtęć w rzadkich stósunkowo przypadkach pomagają statecznie przeciw wiądowi. Z moich postrzeżeń widziałem skutek stanowczy po jodzie raz i po rtęci także raz. Pierwszy przypadek dotyczył wiądu z zanikiem nerwu wzrokowego przez okulistę stwierdzonym, w którym jod w krótkim już czasie wpłynął nader znacznie na polepszenie wzroku, chodu, oddawania moczu i zniósł bóle błyskawiczne w odnogach dolnych; drugi postrzegany w oddziele kol. Pareńskiego odnosi się do młodego człowieka koło 22 lat mającego, u którego z powodu właściwego obrzmienia gruczołów limf. zastósowano przeciw wiądowi sublimat przez żołądek i w krótkim bardzo czasie doczekano się polepszenia tak znakomitego, że chory przedtém ciągle leżeć w łóżku zmuszony o własnych siłach prawie zupełnie jakoby zdrów szpital opuścił. We wszystkich innych przypadkach nie widziałem po jodzie i rtęci żadnego widocznego i niewątpliwego skutku a przecież każdy, kto miał do czynienia z kiłą najbliższego rdzeniowi pacierzowemu organu t. j. mózgu, mógł się przekonać, iż środki te, szczególniéj zaś rtęć przeciw kile tego narzędzia w przeważnéj liczbie przypadków osobliwie niezaniedbanych mniéj lub więcéj skutkują; uderzającą byłaby przeto ich nieskuteczność przeciw wiądowi, jeżeli ten rzeczywiście jest objawem zmiany pierwotnéj, kiłowéj.

Jod i rtęć są lekami w ogólności przeciw bardzo wielu chorobom niewątpliwie skutecznemi; pomyślne ich działanie osobliwie, jeżeli ich się używa w dawkach większych, nie przemawia koniecznie za naturą kiłową, ale praktycznie rzecz biorąc w cierpieniach chronicznych zawsze daje dużo do myślenia. Nie można więc zaprzeczyć, że Fournier ze stanowiska praktycznego ma do pewnego stopnia słuszność odnosząc przypadki wiądu, w których jodek potasu pomyślnie działał, do kiły.

Skuteczność jodu i rtęci przeciw objawom wiądu nie dowodzi na pewne ich natury kiłowéj dla tego, ponieważ rozpoznanie wiądu zazwyczaj nie jest bezpośrednie, lecz tylko pośrednie. To jest: najczęściéj rozpoznajemy wiąd ze zboczeń czynnościowych, ale nie chwytamy, że tak powiem, wprost zmiany anatomicznéj. Zboczenia czynnościowe we wiądzie dowodzą nieprawidłowego działania sznurów tylnych, a ponieważ z anatomii patologicznéj wiemy, że takim a takim zboczeniom czynnościowym odpowiadają najczęściéj takie a takie zmiany anatomiczne, więc dostawszy chorego wnosimy nadwrót ze zboczeń czynnościowych o zmianie anatomicznéj, tj. właściwém stwardnieniu sznurów tylnych itd. w rdzeniu pacierzowym. Zdaniem mojém rozpoznanie za życia właściwéj sprawy anatomicznéj możebném jest z całą ścisłością tylko w razie zaniku szarego nerwu środkowego. Na szczęście chorych zanik ten nie liczy się do częstych objawów wiądu. Przypadki przeto wiądu u kiłowych pomyślnie i w krótkim czasie skutecznie leczone uważaćby może należało za zmiany kiłowe w sznurach tylnych rdzenia pacierzowego z objawami ataksyi, lecz bez właściwéj zmiany anatomicznéj cechującéj szare zwyrodnienie rdzenia.

Ostatecznie więc z tego wszystkiego wypadałoby, że najpodobniéj do prawdy zdaniem Julliarda kiła zostaje w bliskim stósunku do wiądu pacierzowego, że jednakowoż zmiana anatomiczna u ludzi, którzy mają kiłę a okazują objawy wiądu, nie jest zmianą kiłową, lecz tylko taką samą jaką napotyka się w innych zwyczajnych, kiłą nie poprzedzonych w przypadkach wiądu. Kiła byłaby zatém według tego przyczyną uspasabiającą do wiądu.

II. Anatomija patologiczna zmian kiłowych w nerwach obwodowych daje się krótko streścić. Naprzód nerwy mogą uledz zmianom prostym i zanikowi skutkiem ucisku przez zmianę kiłową, następnie zmiana kiłowa może przez proste sąsiedztwo udzielić się nerwowi, nakoniec zmiana kiłowa w postaci kilaka lub zapalenia swoistego może wystąpić samodzielnie w nerwie. Że takie zboczenia kiłowe trafiają się przedewszystkiém w nerwach mózgowych, rzecz oczywista, zważając na stósunki anatomiczne i patologiczne w mózgu. Jakoż w rzadkich tylko przypadkach widziano zmiany kiłowe w nerwach mózgowych poza czaszką a co do nerwów rdzeniopacierzowych, rzecz jeszcze wątpliwa, czy mogą uledz samodzielnie zmianom kiłowym.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj.

Napisał **Dr. Rydygier.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30.)

Badanie dnia 25 lutego: Chory z garbem Potta w części piersiowéj, źle odżywiony i słabowity, nie kaszle. Odnoga prawa górna w łokciu pod kątem 140—150° zagięta. Okolica stawu łokciowego mocno zgrubiała; obrzmienie sięga do połowy przedramienia, od ramienia zajmuje $^1/_3$ dolnéj części; skóra po nad obrzmieniem zaczerwieniona; w okolicy kłykciów wrzody wielkości 2—5 markówki o podstawie wypełnionéj wodnistą, gruźliczą ziarniną. Okolica opisana wyczuwa się elastycznie, tu i owdzie chełbotanie. Zgłębnik między ziarniną wchodzi do stawu i napotyka kość obnażoną. Ruchy ograniczone, bolesne; kości w stawie dają się w bok przesuwać. Ponieważ ani ojciec, ani syn nie chcieli zezwolić na amputacyję w ramieniu, przystąpiłem dnia 26 lutego do wypiłowania, które wykonałem podług sposobu Huetera. Brzegów skóry w miejscu, gdzie były wrzody, nie mogliśmy szwem złączyć, i dla tego przy pierwszéj zmianie oprawy ztamtąd wystawał koniec wypiłowanego kłykcia zewn. kości ramieniowéj; odprowadzenie, nowa oprawa. Brak dążności silnéj ku zagojeniu rany po wypiłowaniu, mimo że kości pokryły się ziarniną żywszą, różową, obrzmienie nie zmniejsza się znacznie. Podwyższenie ciepłoty nieznaczne. W początku 6go tygodnia na żądanie ojca z raną niezagojoną chory opuścił klinikę i później niczego o nim się nie dowiedzieliśmy. Z téj przyczyny przypadku opisanego daléj nie uwzględnimy.

Wykonaliśmy więc 11 razy wypiłowanie stawu w gruźlicy stawowéj (ostatniego przypadku nie wliczamy); z tych 9 dotyczyło stawu kolanowego; 1 raz przy *caries sicca*, 2 razy po urazie. Z 14tu tych przypadków jeden zakończył się śmiercią po wypiłowaniu stawu kolanowego u dziecka w skutek ostrego zapalenia szpiku kostnego, które prawdopodobnie już przed operacyją istniało; przypadek ten dla nas będzie nauką, żeby nigdy zaraz po przyjęciu chorego nie operować; w jednym przypadku po wypiłowaniu stawu kolanowego musieliśmy odjąć odnogę w udzie. Miejscowych powikłań przyrannych, jako róży, błonicy i owrzodzeń nie spostrzegaliśmy w żadnym przypadku, tylko u jednego pacyjenta potworzyły się zatoki. Czas leczenia najkrótszy wynosił 30 do 38 dni, najdłuższy jeszcze nie ukończony.

Doliczając nasze 9 przypadków wypiłowania stawu kolanowego z 1 przypadkiem śmierci do 144 przypadków z rozprawy Sacka otrzymujemy 153 przypadków z 26 przypadkami śmierci, o 16,9% śmiertelności.

Przystępujemy do drugiéj części naszéj rozprawy:

Zestawiając nasze przypadki wypiłowań i przypominając sobie zarazem zdanie Koeniga z rozprawy jego na początku naszéj pracy wspomnianéj, mimowolnie zadawaliśmy sobie pytanie, ażali nie podejmowaliśmy wypiłowań stawu kolanowego, o których wyłącznie w dalszym toku téj pracy mówić będziemy, lekkomyślnie. Wprawdzie trzymaliśmy się przy wskazaniach do wypiłowania w każdym przypadku zasad przejętych od swego nauczyciela Hütera, aleć w tak szybko postępującéj nauce, jak nasza, czyż już inne zasady nie mogły były uzyskać znaczenia? Chcąc pod tym względem mieć pewność zestawiliśmy jeszcze raz nasze przypadki, żeby je lepiéj przejrzeć, a nadto wziąłem się do przejrzenia odpowiedniéj literatury. Jedno i drugie wpłynęło na mnie uspokajająco. Zdaniem mojém winniśmy porównać wyniki leczenia nieoperacyjnego z wynikami wypiłowań, jeżeli słusznie chcemy ocenić wartość ostatnich tak jako środka leczniczego miejscowego cierpienia, jako też jako środka zapobiegającego gruźlicy ogólnéj. Niestety porównania takie jak na teraz nie możemy jeszcze oprzeć na większych liczbach, gdyż zaledwie mamy próbę statystyki leczenia konserwatywnego przez Billrotha zrobioną; a nawet gdybyśmy mieli i jeszcze większe liczby, porównanie takie nie miałoby wielkiéj wartości, gdyż materyjał do zestawienia liczb użyty jest zanadto nie równy. Ale zróbmy przynajmniéj próbę. Najprzód co się tyczy skuteczności obu metod, jako środków leczniczych przeciwko miejscowemu cierpieniu, to każdy przypadek pod tym względem wtenczas za ukończony uważać winniśmy, skoro miejscowe cierpienie usunięto, skoro na miejscu dawniejszéj choroby nie istnieją warunki do dalszego cierpienia chorego.

Określiwszy w ten sposób nasze zadanie mamy odpowiedzieć na dwa pytania: 1) Ilu wypiłowanych wyzdrowieje w powyżéj określoném znaczeniu, a ilu bez operacyi leczonych? 2) Jak długo trwa leczenie po wypiłowaniu, a jak długo przy leczeniu zachowawczém?

Odpowiedź na pierwsze pytanie co do wypiłowań mamy w statystyce powyżéj zestawionéj, boć wspomnione w niéj przypadki przynajmniéj dopóty były obserwowane, dopóki miejscowe cierpienie nie było wyleczone; czy późniéj może wystąpiła ogólna gruźlica lub nie, to nas dopiero późniéj będzie zajmować, kiedy mówić będziemy o skuteczności obu metod pod względem zapobiegawczym. Śmiertelność podług naszéj statystyki wynosiła 16,9% a więc 83,1% na gruźlicę stawową cierpiących przez wypiłowanie stawu zostało wyleczonych. Sack utrzymuje, że w jego przypadkach chorzy zupełnie zostali wyleczeni, my jesteśmy ostrożnymi i twierdzimy tylko, że miejscowo wyleczeni, ale tego nam téż nikt nie zaprzeczy.

Jakże się ma rzecz z wyleczeniem miejscowém po leczeniu zachowawczém? Szukając tu liczb nie znajdziemy żadnych, bo trudno bardzo oznaczyć czas, w którymby przy miejscowém leczeniu można powiedzieć, że chory miejscowo wyleczony. Widzimy przecież, że nieraz gruźlica stawowa po tak zwaném wyleczeniu zupełném i już przez kilka lat trwającém nagle na nowo się wraca, a przy wypiłowaniu stawu znajdujemy wtenczas stare miejscowe ognisko, z którego choroba na nowo powstała. Jak najdobitniéj widzimy to na przykładzie w naszym przypadku (Wester), podobne przypadki Koenig (*Die Tuberculose der Gelenke Dt. Zeitschr. f. Chir.* XI tom) opisał, a z pewnością i każdy inny chirurg obserwował. Volkmann (*Beiträge zur Chirurgie* pag. 164) uważa, że przed 20tym rokiem nigdy nie możemy być zupełnie pewni przed recydywą. Chcąc atoli oprzeć się na liczbach przyjmijmy statystyczne dane Billrotha (*Wiener Klinik* pag. 560 i 561), chociaż wypadnie to na niekorzyść wypiłowań, ale przynajmniéj nie zarzuci nam nikt błędu na korzyść wypiłowanych. Billroth zestawił 192 przypadków przewlekłego zapalenia stawów; nie wiem na pewno, ile z tych leczył wypiłowaniem, a ile bez operacyi, bo w rubryce „niewyleczeni" nie ma o tém wzmianki. Ponieważ w tym oddziale nadto znajdują się przypadki, które w czasie zestawienia jeszcze nawet miejscowo nie były rozstrzygnięte, więc cały ten oddział opuszczamy.

Zatrzymujemy tedy 103 przypadków przewlekłych zapaleń stawów nieoperowanych; z tych 14 zupełnie wyleczonych, tak że możemy przypuścić, iż miejscowo żadne ogniska nie pozostały, zkądby później zapalenie na nowo wywiązać się mogło; mamy więc 13,5% miejscowo wyleczonych po leczeniu zachowawczém, a po wypiłowaniu mieliśmy 83,1%, ogromna to różnica na korzyść wypiłowań. W powyższém obliczeniu nie uznaliśmy 51 przypadków z oddziału nie zupełnie wyleczonych, które pozostają po odtrąceniu 12 amputowanych i 4 wypiłowanych, za miejscowo wyleczonych, ponieważ sam Billroth powiada, że pozostawały jeszcze miejscowe zmiany. Nie chcąc atoli choćby pozornego i najmniejszego błędu popełnić na korzyść wypiłowań, wypuszczamy jeszcze i te 51 przypadków z naszego obliczenia. Natenczas mamy 52 przypadków, wprawdzie mała liczba, z których 14 wyzdrowiało, a 38 umarło, z pewnością więc miejscowo nie wyleczonych, a więc 26,9%; pozostaje więc zawsze jeszcze znaczna różnica na korzyść wypiłowań.

A teraz przejdźmy do drugiego pytania: jak długo trwa leczenie przy wypiłowaniu, a jak długo przy leczeniu zachowawczém? Podług zestawienia Sacka najdłuższe leczenie po wypiłowaniach trwało 13 miesięcy, a najkrótsze 1 miesiąc, w przecięciu 4—7 miesięcy dla dzieci, a 4—9 dla dorosłych. I w naszych przypadkach trwało najkrótsze leczenie 1 miesiąc, najdłuższe leczenie było w naszych przypadkach znacznie krótsze: wynosiło 4 miesiące 20 dni (Karabasz), podobnież i w przecięciu znacznie mniejsze liczby z naszych przypadków otrzymujemy.

Przy sposobności namieniamy, że twierdzenie Sacka, jakoby i teraz przy sposobie przeciwgnilnym czas leczenia po wypiłowaniach nie był krótszym niż dawniéj, jest zupełnie mylném, chociaż oparte na porównaniu jego liczb z liczbami Heyfeldera (przed-antiseptycznemi). Podobne omyłki nieraz się zdarzają, jeżeli tylko same liczby ze sobą porównamy, nie uwzględniając innych okoliczności. Każdy chirurg, który bez oprawy przeciwgnilnéj robił wypiłowania i teraz pod oprawą przeciwgnilną robi, z pewnością się zdziwił przy czytaniu twierdzenia Sacka, każdemu bez wątpienia jeszcze żywo w pamięci nudny i długotrwający przebieg pooperacyjny dawniejszych przedprzeciwgnilnych wypiłowań z licznemi zatokami itd. itd. Zkądże więc taki wynik z porównania liczb? Po prostu ztąd, że zbyt nierównych przypadków użyto do porównania. Sack zestawił wszystkie przypadki, i najgorsze gdzie nieraz miejscowe recydywy następowały i tym podobne, które czas leczenia ogromnie przedłużały. Wszystkie te przypadki był powinien Sack wykluczyć. Jak to, wszakże Heyfelder także nie opuścił trudniejszych przypadków? Heyfelder nie, ale śmierć je wykreśliła. Liczba 50% śmiertelności nie zawiera z pewnością najlżejszych przypadków, tylko pewne te przypadki, które teraz przy sposobie przeciwgnilnym wprawdzie uleczamy, ale które czasem cokolwiek dłuższego czasu do wyleczenia wymagają. Tylko w ten sposób dziwne zgadzanie się liczb tłumaczyć możemy, ale przecież nikt nie powinien na téj podstawie twierdzić, jakoby przez oprawę przeciwgnilną czas leczenia nie został skrócony.

Z tego przekonywamy się, jak trudno to zajmować się statystyką porównawczą, a jak łatwo przy samém uwzględnieniu liczb przyjść do zupełnie mylnych wniosków.

Wracając do naszego pytania co do czasu leczenia sądzę, że każdy chirurg przyzna nam, iż leczenie przy wypiłowaniu daleko jest krótszém, niż przy leczeniu zachowawczém. Twierdzenia tego naszego liczbami poprzeć nie możemy, bośmy już wskazali, że przy leczeniu zachowawczém choroba miesiące i lata się ciągnie, zanim się wyleczy zupełnie; wszakże większa część wypiłowanych bywa poprzednio zwykle bardzo długo leczoną zachowawczo. Bardzo pod tym względem pouczający przypadek widzieliśmy z kliniki Esmarcha, przed rokiem przy sposobności zwiedzając klinikę Hütera: Chorego leczono długie lata z przerwami w klinice Esmarcha zachowawczo, a nawet kilka razy go wyleczono, aż ostatecznie i zachowawcze leczenie i wyleczanie choremu się sprzykrzyły i przybył do Gryfii z prośbą, żeby mu staw wypiłowano, bo Esmarch pewnie tego uczynić nie chciał trzymając się swéj zasady, wypowiedzianéj na ostatnim Zjeździę chirurgów w Berlinie, a na początku naszéj rozprawy podanéj.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

G. Critchett i Bader: O nowych sposobach leczenia śluzotoku (*ophthalmia gonorrhoica*).

Sluzotok w każdym okresie jest dla lekarza źródłem obawy. Czy to przy użyciu miejscowych środków: lodu, pijawek, nasiekania, żżeradła, lub też przy leczeniu ogólném (przetworami rtęci), spotykamy przypadki, gdzie wzrok ginie na jedném oku albo nawet na obydwu oczach nawet i w razie, gdy leczenie rozpoczęło się dość wcześnie. Cr. wspomniał o przypadku, z którego wyjmujemy co następuje:

A. C., lat 2½, licząca, przyniesiona do szpitala przedstawiała na lewém oku wszelkie cechy śluzotoku ostrego, a gdy równocześnie stwierdzono u niéj obrzękłość części płciowych i obfity żółty ropiasty wypływ ze sromu, rozpoznanie nie pozostawiało żadnéj wątpliwości. Powieki lewe żywo zaczerwienione w sinawe wpadające a z powodu nacieku tak silnie obrzękłe, że nawet podczas narkozy szczeliny powiekowéj nie można było otworzyć, by choćby dolny odcinek rogówki zobaczyć; gęsta żółta ropa z pod powiek obficie się sączy. W obec niemożebności zetknięcia spojówki z jakimkolwiekbądź lekiem, rokowanie co do uratowania dotkniętego oka, musiało naturalnie być jak najniepomyślniejszém; a gdy pod takiemi warunkami Critchettowi nigdy nie wydarzyło się widzieć innego, krom zupełnego zniszczenia gałki ocznéj, przeto postanowił spróbować sposobu nowego. Pod górną powiekę wsunął (po znieczuleniu dziecka chloroformem) rowkowaty zgłębnik, a przycisnąwszy go do górnego brzegu oczodołu przepołowił ją ostrym nożykiem prostopadle aż do brwi. W celu zupełnego odsłonięcia rogówki, odłączywszy obie połowy powieki od siebie, przytwierdził takowe subtelnemi szwami do skóry brwi. Rogówka nie była jeszcze wprawdzie owrzodzoną lecz zamgloną i jakby zagrzebaną w obrzękłéj naciekłéj spojówce. Bezpośrednim skutkiem tego postępowania było zmniejszenie się obrzęku i zaczerwienienia powiek i spojówki, a przedewszystkiém możność stósowania odpowiednich środków na spojówkę i gałkę oczną. Roztworem 6% azotanu srebrowego pędzelkowano tedy spojówkę 3 razy dziennie, zawsze po poprzedniém dokładném oczyszczeniu całego oka płynem ałunowym 2% zapomocą strzykawki, wreszcie przykryto oko płatkiem w kilkoro złożonym w tymże płynie umaczanym. Przypady stopniowo wołniały i ustępowały a po miesiącu

zmniejszono stopień zgęszczenia azotanu srebrowego, tudzież częstość pędzelkowań. Przy końcu 6tego tygodnia rogówka była zupełnie czystą, oko całkowicie wyzdrowiało; w 14 dni późniéj przy ponownem użyciu narkozy autor odłączył przyczepione do skóry brwi kąty chrząstki powiekowéj i złączył takowe napowrót szwami drobnemi. Zespojenie nastąpiło dokładne, bezkształt zaledwie widoczny, powieka funkcyjonuje jak przedtém. Naturalnie, że podczas całego leczenia drugie oko dla uchronienia go od zarażenia trzymano ściśle pod opatrunkiem.

Niejednemu ten sposób leczenia wydawać się może zanadto heroicznym; ma on atoli za sobą skutek pomyślny, który innym sposobem nie był do osiągnięcia. Autor zapowiada, że na przyszłość w podobnym przypadku tak samo sobie postąpi.

Zdaje się, że postępowanie to odpowiada wszystkim wskazaniom, usuwa bowiem natychmiast prężenie tudzież zadzierżgnienie, które rogówce grozi, nastręcza ropie wolny odpływ i umożebnia użycie należyte żrących i szczmiących leków; następowa zaś blizna na powiece zaiste nieznacznym tylko jest okupem za wyratowane oko. (*The Lancet* kwiecień).

C. Bader przytacza w *The Lancet* 5 przypadków śluzotoku, pomiędzy któremi 2 na obydwu gałkach ocznych, gdzie przy użyciu maści z waseliny, *Mercur. nitr. oxyd.* i daturynu za pomocą pędzelka z włosów wielbłąda zrobionego, który pod górną powieką co 3 godziny wsuwał, przedtém zawsze letnią wodą oko oczyściwszy, w przeciągu kilku tygodni szczęśliwie chorobę pokonał. Tę samą maść przykładał na powiekę. Postępowanie to nie sprawia wcale bólu. Waselina już przez się przeciwgnilnie działając w związku z rtęcią, która posiada własności przyrzut niszczące, ma być dzielnym środkiem do niszczenia jadu śluzotoku. We wszystkich 5 przypadkach szczelinę powiekową można było o tyle otworzyć, iż dolną 3cią część rogówki widziano. Jeżeli zaś szczeliny powiekowéj żadnym sposobem rozszerzyć nie można, by się dostać do spojówki, natenczas byłby może (zdaniem sprawozd.) wskazany rękoczyn wedle Critchetta. Maść, któréj Bader używał składa się z Waseliny 35_{00}, *Merc. nitr. oxyd:* 0·80 i Daturini 0·015. (*The Lancet* Maj).

Dr. Karcz.

Leczenie guzów hemoroidowych przez Pollocka.

W usuwaniu guzów hemoroidowych bez wątpienia największe doświadczenie mają Anglicy. Mr. Curling rozporządzający obecnie obfitym zasobem w szpitalu św. Marka, do którego przyjmuje się tylko cierpiących na choroby odbytnicy, usuwa guzy przez podwiązanie. Guz wyciąga hakiem, okrawa go u podstawy nożem i następnie podwięzuje całą szypułkę. Sposobowi temu oddaje pierwszeństwo przed przyżeganiem, ze względu na to, że bóle są mniejsze i krócéj trwają, że jest łatwiejszym w zastósowaniu i mniéj przerażającym dla chorego. Co się tyczy niebezpieczeństwa podaje on ze swéj długoletniéj praktyki tylko jeden przypadek śmierci. Mianowicie w r. 1868 podwiązał mężczyźnie 22-letniemu guzy wewnętrzne a następnie operował mu fistułę odbytnicy, Chory dostał ropnicy, licznych ropni i po pięciomiesięcznéj chorobie umarł. Mr. Curling jednak przyznaje, że po przyżeganiu wygojenie następuje nieco szybciéj aniżeli po podwiązaniu, gdyż tu najpierw odpaść musi część podwiązana, co zawsze wymaga czterech do pięciu dni, podczas gdy strupy powstałe z przyżegania wcześniéj się oddzielają. Przy obydwu sposobach operowania ból jest czasem nieznaczny, ale częstokroć jest silny i trwa dni kilka. Nadto przystępuje nieraz znaczny obrzęk, zatrzymanie moczu i kurcz zwieracza odbytnicy. Tężca nie można kłaść na karb téj operacyi, bo on występuje i po innych czasem małych operacyjach.

Mr. Pollock starał się o wynalezienie sposobu operowania, w którymby cierpienia były mniejsze i żeby uniknąć przypadków ze strony odbytnicy i pęcherza. Sądził, że to osiągnie przez zmiażdżenie podstawy guza. W tym celu używa od trzech lat kleszczy własnego pomysłu. Guz chwyta się w kleszcze po wyciągnięciu go poprzednio hakiem lub pincetą; następnie drążek ruchowo przytwierdzony do dolnego ramienia kleszczy wsuwa się w rowek, znajdujący się na końcu górnego ramienia kleszczy i teraz za pomocą obrotów szrubą posuwającéj się wzdłuż drążka silnie się zmiażdza podstawę guza ujętą w kleszcze. Co uczyniwszy wycina się nożyczkami guz sterczący do wnętrza kleszczy a w minutę późniéj odejmuje się kleszcze. Gdyby podstawa guza była duża i twarda, należy kleszcze dłużéj podtrzymać. Do operacyi Mr. Pollock układa uśpionego chorego na boku lewym, z prawém udem przyciągniętém do tułowia za pomocą pasa poprowadzonego pod kolano prawe i przez kark. Stroną dodatnią tego sposobu operowania jest mniejszy ból aniżeli przy innych sposobach. Jeden chory tylko żalił się na dotkliwe bóle trwające przez trzy godziny po operacyi, zresztą chorzy utrzymywali, że albo wcale nie doznawali bólów, albo téż one były nieznaczne i wkrótce ustępowały. Pollock operował raz tym sposobem chorego, któremu przed kilku laty podwiązano guzy i chory ten objawił największą wdzięczność z powodu, że wcale nie miał bólów. Krwawienia po odjęciu kleszczy najczęściéj wcale nie ma, albo bardzo małe, które się tamuje przez podwiązanie dwóch lub trzech punktów krwawiących. Krwotoku następowego nie było nigdy. Rana goi się szybko. (*The Lancet*, Nr. 13/7 1880 r.). *Dr. Bogdanik.*

Wiadomości pomniejsze.

(P o m y s ł o r y g i n a l n y). Jak wiadomo znaczne zachodzą nieraz trudności przy wyjęciu obcych ciał z przewodu usznego. Dr. Mac-Leod mając niedawno przypadek, w którym sposobem zwykłym nieudało mu się wyjąć pestki czereśniowéj w przewodzie usznym uwięzgniętéj, użył następującego sposobu, z pomyślnym skutkiem: zrobił rodzaj procy (*sucker*), jakiéj chłopcy używają do ciskania kamyczków, tj. przytwierdzając kawałek skóry do mocnéj nitki. Po poprzedniém oczyszczeniu i osuszeniu powierzchni pestki użył przyrządu tego w sposób następujący: Wsunął on skórę cementem wilgotnym omaszczoną do przewodu i przycisnął takową za pomocą małego drucika do pestki; po upływie ½ godziny przyczepiła się skórka tak silnie do téj ostatniéj, że następnie ciągnąc za nitkę wyciągnął także i pestkę, używając przytém dość znacznéj siły. (*The Lancet* w lipcu).

Dr. Karcz.

(O t r u c i e n a s t o j e m p o m o r n i k a g ó r s k i e g o (*Tra. arnicae montanae*). Już o drugim przypadku otrucia nastojem tym donoszą z Włoch: Męczczyzna na pozór zupełnie zdrów, wnet po wypiciu 70,00 — 90,00 tego płynu doznał piekącego bólu w żołądku, a pomimo iż mu zadawano dwuwęglanu sody, a następnie nieco nastoju aromatycznego, zmarł on w 36 godzin po zażyciu nastoju. Przypadek ten stał się zachętą do robienia do-

świadczeń i tak pozostałe po wyparowaniu kilkudziesięciu gramów nastoju pomornika resztki wtarte w skórę człowieka wnet wywołały grudkowaty wyrzut; większa ilość po wcieraniu wywołała pęcherze, jakby z pryszczydła. Podobne skórę drażniące własności okazywały resztki pozostałe w żołądku zmarłego po poprzedniém tychże wyparowaniu. (*The Lancet. w lipcu*).

Dr. Karcz.

ss) W Ameryce istnieje wielka liczba t. zw. lekarzy zajmujących się specyjalnie operowaniem guzów krwawnicowych (hemorojdów). W celu zbadania sposobów operowania oraz wypadków leczniczych otrzymanych przez tych „doktorów,“ zwrócił się Andrews do licznych lekarzy z prośbą o informacyję w tym względzie; w ten sposób otrzymał przeszło 3300 historyj chorób metodą tą operowanych.

Twórcą nowéj téj metody był lekarz Mitchel, który pierwszy starał się niszczyć guzy krwawnicowe za pomocą wstrzykiwań równych części oliwy i kwasu karbolowego. Tajemnica ta szerzyła się następnie drogą sprzedaży, tak że liczba „operatorów“wzrosła w krótkim czasie bardzo znacznie. Operowano tym sposobem około 100.000 chorych.

Pierwotna metoda operowania polegała na tém, że operator nasamprzód odsłaniał guzy krwawnicowe i okolicę rzyci nacierał maścią, aby zapobiedz drażnieniu przez ciecz spływającą. Następnie wstrzykiwał kilka kropel mięszaniny z równych części kwasu karbolowego i oliwy, poczém w większéj liczbie przypadków guzy krwawnicowe bladły i znikały bez bólów, ropienia i bez obrzmienia.

Sposób ten wkrótce zmieniono najrozmaiciéj. Zamiast oliwy używano gliceryny; jedni brali czysty kwas karbolowy stopiony przez ogrzanie, drudzy przemawiali za mięszaninami bardzo rozcieńczonemi, inni znów używali tylko dwóch lub trzech kropel a jeszcze inni pełnéj strzykawki. Dodawano również leki narkotyczne: morfin, chloral, chloroform. Miasto kwasu karbolowego stósowano także ergotyn, rozczyn półtorachlorku żelaza, tannin, kwas chromowy, tynkturę jodową itp., w który to sposób powstały przepisy złożone z 5, 6 i więcéj składników.

I trzeba przyznać, że w przeważnéj liczbie przypadków choroba metodą tą wyleczyć się daje, aczkolwiek zdarzają się niekiedy komplikacyje mniéj lub więcéj nieprzyjemne. Najczęściéj należy tu ropienie, co nawet zwolennicy wielkich dawek uważają za konieczne dla zupełnego wyleczenia. Postrzegano także, chociaż tylko wyjątkowo, niebezpieczne krwotoki, zatrucia kwasem karbolowym, ropnie wątroby, stryktury odbytnicy, trwałą niemoc płciową itp., znane są nawet przypadki śmierci; wszystkie te komplikacyje występują jednakże w tak rzadkich przypadkach, że metoda powyższa zasługuje na pierwszeństwo przed wszystkiemi innemi, zwłaszcza skoro się zważy, że wypadki te pomyślne otrzymywali dotychczas ludzie zupełnie nie wykształceni, nie posiadający prócz strzykawki i rozczynu karbolowego żadnéj innéj kwalifikacyi do swego zawodu.

Andrews jest przekonany, że jeżeli tylko pamiętać będziemy o należytéj ostrożności względem stężenia i ilości płynu do wstrzykiwania użytego, jeżeli wstrzykiwać będziemy w przestankach 4—5 dniowych w pojedyncze guzy z kolei, zalecimy choremu leżenie w łóżku i w ogóle postępować będziemy oględnie, będziemy zawsze mogli ominąć wszelkie nieprzyjemne następstwa a tém samém powitać w metodzie injekcyjnéj piękną zdobycz medycyny. (*Chicago med. journ. and. exam. 1879 May*).

ss) W przypadkach *lupi erythematosi* używał Dr. Anderson z dobrym skutkiem skrobi jodowéj Buchanana, podając takową po 1 — 4 łyżek z wodą 3 razy dziennie; pierwsza dawka zwykle wystarcza. Za warunek skuteczności podaje, by rzeczywiście istniał *lupus erythematosus*, nie zaś *vulgaris*, tudzież aby lek był świeżo sporządzony. Przyrządza go się zaś jak następuje: około 2 grm. jodu i 35 gm. skrobi *(amylum)* zarabia się za dodaniem trochy wody (nie wyskoku) na papkę jednostajnie ciemną, ogrzewa następnie w łagodném cieple i przechowywa we flaszce szczelnie zamkniętéj. (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 21).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 24go maja 1880 w sali wykładowéj kliniki lekarskiéj.

Przewodniczący: Kol. Warschauer. Obecnych członków 20.

Kolega prof. Korczyński przedstawił chorą z ubytkiem kilku żeber i odsłonięciem znacznéj powierzchni serca i objaśnił przypadek obszernym prawie dwugodzinnym wykładem, który daje się streścić w następujący sposób:

Katarzyna Serafin, z Pszczyny na Szląsku pruskim, lat czterdzieści kilka licząca, operowaną była w klinice chirurgicznéj wrocławskiéj przez prof. Fischera w czerwcu r. 1878 i według opisu Dr. Kolaczka (*Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie*, T. 24, str. 551), który ją przedstawiał na kongresie chirurgicznym w Berlinie w kwietniu z 1879 r. Pokazywała ona chrząstniak bardzo wielkich rozmiarów, z przodu po lewéj stronie klatki piersiowéj. Przy operacyi nie udało się odjąć nowotworu bez naruszenia żeber, gdyż przy odejmowaniu podstawy tumoru złamało się jedno żebro i otwartą została jama opłucnowa, Wycięto więc w obwodzie nowotworu część żebra 4go, 5, 6 i 7go, skutkiem czego nastał w klatce piersiowéj ubytek wielkości głowy dziecka. Przy silnym kaszlu zaczęło się płuco wypukłać na zewnątrz, wkrótce jednak zapadło się, pozostawiając wielką jamę, w któréj widzieć można było wielką część osłoniętego serca i kawałek przepony. Założono dren, zespojono ranę skórną i wypłukano jamę rozczynem kwasu salicylowego. Po operacyi odddziaływało płuco mierną dusznością i ropnym nieżytem oskrzelowym, któremu towarzyszył kilkudniowy stan gorączkowy, Gojenie się rany odbywało się szybko, tak że chora po 4ch tygodniach udała się do domu zdolna nawet do wykonywania lżejszych zajęć domowych, W maju 1879 r. odnowił się nowotwór; usunięto więc takowy przez wycięcie kawałka 10go żebra.

Przypadek ten, który miał opisać szczegółowo Dr. Szuman (z opisem tym wykładający dotychczas nigdzie spotkać się nie mógł), przedstawiony został na zjeździe chirurgów dla wykazania, że po resekcyi żeber nie jest rzeczą konieczną wyciąć kawałek obojczyka w celu zmniejszenia jamy opłucnowéj, jakto wykonał w jednym przypadku Schneider. Daleko więcéj zajmowano się tym przypadkiem pod względem fizyjologicznym i eksperymentalno-klinicznym, a mianowicie czynili nad takowym spostrzeżenia p. Grützner (*Breslauer ärztliche Zeitschrift*, 1879 Nr. 21), Filehne i Penzoldt (*Centralblatt für medizinische Wissenschaften* 1879 Nr, 27), Penzoldt (*Deut. Archiv für klinische Medizin*, T. 24, str. 530) a nadto badać miano takowy w zakładzie klinicznym monachijskim.

Sprzecznie z dotychczasowém zapatrywaniem fizyjologów i kliników nad uderzeniem końcowém serca twierdzą Filehne i Penzoldt na podstawie doświadczeń wykonywanych na zwierzętach (w ten sposób, że odsłaniano serce przez wycięcie żeber bez naruszenia opłucnéj i osierdzia a dla zwolnienia ruchów serca drażniono nerw błędny), że podczas skurczu serca koniec serca podnosi się ku górze i zwraca na stronę prawą i ku przodowi, i że taki sam mechanizm ruchów serca zauważyć można u Katarzyny Serafin.

Grützner badając K. Serafin zwracał więcéj uwagę na zachowanie się kardiogramów; co do ruchów serca twierdzi je-

dnak, że podczas skurczu koniec serca obniża się ku dołowi, i zwraca na stronę lewą.

Badania Filehnego i Penzoldta napotkały na ostrą krytykę ze strony Löscha (*Centralblatt für medizinische Wissenschaften* 1879 Nr. 41) i wywołały polemikę, której przebieg wykładający szczegółowo przedstawił. Główny zarzut, jaki czyni Lösch ze względu na doświadczenia wykonywane na zwierzętach, odnosi się do drażnienia nerwu błędnego, które zmienia nietylko częstość ale i mechanizm ruchów serca; twierdzi on, że przy drażnieniu nerwu błędnego koniec serca istotnie podnosi się ku górze i zwraca się na stronę prawą i ku przodowi, że jednak bez drażnienia nerwu błędnego koniec serca przy początku skurczu obniża się najpierw nieco ku dołowi, i zwraca na stronę lewą a w dalszym ciągu skurczu podnosi się ku górze i zwraca ku przodowi i na stronę prawą. Co do spostrzeżeń na Katarzynie Serafin, nie przypisuje takowym znaczenia rozstrzygającego, a to z powodu zmienionych przez operacyję warunków.

Na odwrót główny zarzut, z jakim występują Filehne i Penzoldt przeciw Löschowi, odnosi się do otwierania u zwierząt worka opłucnowego, które sprowadzać ma dla ruchów serca odmienne warunki.

Po tém wyjaśnieniu wykładający przedstawił Katarzynę Serafin i uwydatnił następujące szczegóły: Kobieta 150 cm. wysoka, miernie zbudowana, obiedwie kości łokciowe miernie wygięte, nieco w wyższym stopniu po lewéj niż po prawéj; innych objawów krzywicy nie ma. Staw nadgarstkowy prawy prawdopodobnie po zwichnięciu w całości ku stronie łokciowéj podany. Skóra brudno blada, podściółka tłuszczowa wiotka, bardzo skąpa, a mięśnie wiotkie. Siła ręki prawéj 25 a lewéj 20 klgm. Szyja miernéj długości i grubości, mięśnie mostko-obojczyko-sutkowe dosyć wykształcone.

Bark prawy nieco wyżéj ustawiony od lewego. Obojczyk prawy więcéj występuje, skutkiem czego dołek nad i podobojczykowy są głębsze. Część szczytowa obojczyka prawego jest wyżéj ułożona i nieco ku przodowi podana. Klatka piersiowa długa, płaska i miernie szeroka. Prawa strona w górnéj części więcéj się podnosi, w dolnéj zaś więcéj się rozszerza. Lewa strona wykonywa te same ruchy w znacznie mniejszym stopniu. Przy wdechu podnosi się bark i obojczyk prawy, a ruchom tym towarzyszy podnoszenie się jego części dolnéj ku górze i na stronę prawą, jak nie mniéj podnoszenie się ku górze części mostkowéj obojczyka lewego. Długość mostka 18 cm., długość klatki piersiowéj w linii sutkowéj prawéj 28 cm., obwód klatki piersiowéj w wysokości 4go żebra 72 cm., rozszerzalność 2 cm. Strona lewa ma mniejszą objętość niż prawa; stwierdzić to można oglądaniem i mierzeniem: obwód strony prawéj na wysokość 4go żebra 37, rozszerzalność zaledwie $^1/_2$ cm.; obwód strony lewéj 35, a rozszerzalność zaledwie $^1/_2$ cm. W wysokości pachy przy zwieszonych ramionach obwód po stronie prawéj 39 cm., rozszerzalność $1^1/_2$ cm., zaś po stronie lewéj obwód 35 cm., a rozszerzalność żadna. Z tyłu klatki piersiowéj widać, że lewa strona ma mniejszą objętość i ruchomość aniżeli prawa, daléj, że lewa łopatka jest o 2 cm. obniżoną, brzeg wewnętrzny więcéj odstaje a stos pacierzowy w części grzbietowéj jest ku stronie lewéj lekko skrzywiony.

W okolicy sutkowéj lewéj widać dużą jamę powstałą przez wycięcie 4, 5, 6 i 7go a w części i 3go żebra i zapadnięcie się płuca lewego w głąb klatki piersiowéj. Ubytek w klatce piersiowéj wynosi w wymiarze poprzecznym 12 cm., w wymiarze ukośnym od góry i wewnątrz ku dołowi i wewnątrz 12 cm. Przy ramieniu lekko ku górze wzniesionem ubytek ma kształt nieregularnie owalny, i jest w górnéj części szerszy aniżeli w dolnéj. Brzeg wewnętrzny jest nieregularny skutkiem wystawania resztek chrząstek żebrowych, brzeg dolny utworzony przez 7me żebro okazuje w połowie wręb powstały przez utratę kawałka żebra, a obydwa końce żebra łączą się ze sobą kątowato. Brzeg zewnętrzny gładki i równy tworzą końce resekowanych żeber, okryte skórą łatwo przesuwalną. Brzeg górny utworzony jest przez dolny brzeg mięśnia piersiowego, pokrywający częściowo wypiłowane 3ie żebro. Głębokość jamy w środku ubytku wynosi 7 cm. Na tylnéj części widać płuco pokryte skórą, w wewnętrznéj części znaczną część serca odsłoniętego i skórą pokrytego, zaś w dolnéj części kawałek przepony. Jama zagłębia się pod drugie i trzecie żebro stożkowato a na szczycie tego stożka znajduje się otwór, w który można wprowadzić koniec małego palca i z którego wydziela się mierna ilość cieczy wodnistéj, ropiastéj. W dolnéj wewnętrznéj części jamy widać brodawkę sutkową w głąb wciągniętą a na wewnątrz od takowéj pionową, długą, nieregularną bliznę, która rozdziela jamę na 2 nierówne części, z których zewnętrzna jest o wiele większa, wewnętrzna zaś zajęta przez serce. Blizna ta występuje z jamy na klatkę piersiową tak na górnym jak i dolnym brzegu otworu i jest w tém miejscu z częściami głębszemi ściśle spojoną. Podczas wdechu zwykłego dolna część jamy zapada się prawie o 2 cm., zaś podczas głębokiego wdechu o 4 cm., podczas wydechu podnosi się ku górze, a podczas wydechu silnego wyrównywa się prawie do poziomu dolnego brzegu ubytku. Tylna część jamy podczas wdechu zapada się i zwiększa się głównie w podłuż a w mniejszym stopniu na poprzek. Przy kaszlu jama wypełnia się prawie zupełnie tak od tyłu jakotéż od dołu i od wewnątrz.

Opukiwanie klatki piersiowéj wykazuje mierne obniżenie granic odgłosu wypukowego jawnego, po prawéj stronie klatki piersiowéj tak z przodu jakotéż i z tyłu; brzeg dolny i szczyt zupełnie ruchomy. Po stronie lewéj szczyt o $1^1/_2$ cm. obniżony bardzo mało ruchomy; w linii pachowéj odgłos jawny płuca sięga do dolnego brzegu 8go żebra a granica odgłosu w tym miejscu jest mało ruchoma. W tylnéj części granica dolna przeszło 2 cm. wyżéj ustawiona aniżeli po stronie prawéj i nieruchoma. Drżenie klatki piersiowéj po całéj stronie lewéj znacznie słabsze, niż po prawéj. Odgłos wypukowy po stronie lewéj w ogóle niższy i mniéj jawny, z tyłu w szczycie bębenkowy a z przodu poniżéj obojczyka stłumiony. Szmery oddechowe i przewodnictwo głosu po całéj stronie lewéj znacznie osłabione.

Tętno zazwyczaj 56—64 na minutę tylko po dłuższéj męczącéj przechadzce podnosi się do 84 i wtedy staje się niekiedy przepuszczające. Ciepłota prawidłowa. Stan ogólny zupełnie dobry.

W pozycyi stojącéj stłumienie odgłosu na mostku przebiega w linii ukośnéj ku dołowi i na stronę prawą zwróconéj a mianowicie stłumienie bezwzględne sięga w wysokości 5go żebra na dwa i pół na wysokość 4go na dwa w wysokości trzeciego na jeden cm. po za lewy brzeg mostka: zaś stłumienie, względne na $4^1/_2$, $3^1/_2$ i 3 cm. od lewego brzegu mostka; podczas gdy w położeniu poziomém stłumienie sięga do linii środkowéj.

Oglądanie serca wykazuje przedewszystkiém, że takowe wraz z przeponą jest obniżone, że wraz z śródpiersiem jest zanadto na wewnątrz podane, że koniec serca jest więcéj zwrócony ku tyłowi, i że serce w całości stoi więcéj pionowo. W podłuż serca przebiega widocznie wężykowato poskręcane naczynie, tętniejące równocześnie prawie z tętnem sprychowém; naczynie to nie może być niczém innéni, jak tylko tętnicą wieńcową, która jak wiadomo odznacza granicę komórek sercowych.

Ponieważ granica ta jest zanadto zwrócona ku tyłowi, przeto z koniecznością przypuścić należy, że obok powyższych zmian w fizyjologiczném położeniu serca, jest ono zanadto okręcone około osi pionowéj od strony prawéj ku lewéj, tak że odsłonięta jest znacznie większa część komórki prawéj a widoczna tylko mała część komórki lewéj.

(Dokończenie nastąpi).

V. Sprawy szpitalne w Sejmie.

II.

Za wydelegowaniem jakiegoś lekarza do Kulparkowa na ekspozyturę przemawia znowu wiele powodów i także istnienie nadliczbowego prymaryjatu we Lwowie, a przedewszystkiém ta okoliczność, iż chcianoby utrzymać Kulparków w tym składzie, jaki istnieje po przyjętéj dymisyi dyrektora. Utrzymanie tego składu leży w interesie wielu, i to nietylko tych, którzy zarząd lekarski i administracyjny tworzą, ale więcéj może w interesie tych, którzy rozmaitemi kreaturami protegowanemi Kulparków obdarzyli, bez wzglę-

du na to, czy protegowani mogą bronić interesu kraju. Pozostawienie Kulparkowa w dzisiejszym składzie byłoby rzeczywiście „nadużyciem“, i sprawa Kulparkowska zdaje się tak rozdrażniła skrzętnie badającego posła z Krakowa, że zamiast upatrywać w niéj jedynie nieodpowiednią gospodarkę, chciał upatrywać ją w zarządzie i gospodarstwie szefa departamentu sanitarnego. Kto zna robaka, toczącego Kulparków, ten może chwilowo usprawiedliwić postępowanie posła krakowskiego, który byłby się krajowi bardzo przysłużył, gdyby był Kulparków przedstawił Izbie takim, jakim on jest w istocie. Ale dokładnie znać sprawę, która ma wiele tajników, to rzecz niełatwa i może Dr. Zyblikiewicz niewtajemniczony nie mógł dokładnie w krótkim czasie ją poznać, a widząc złe i wiedząc, że w normalnych warunkach za złe odpowiadać powinna głowa instytucyi, upatrywał ją w kierowniku zakładu, ewentualnie w szefie departamentu, który na każdym kroku starał się bronić dyrektora dymisyjowanego.

Tymczasem z wyjątkiem zawiłéj sprawy Kulparkowa gospodarka departamentu nie tylko była uczciwą, co w naszych stosunkach jest cnotą, ale była ze wszech miar dobrą i odpowiednią. Jeśli taką nie była gospodarka Kulparkowa, to wina nie spada wyłącznie na dyrektora, ale w wielkiéj części na zarząd administracyjny i w małéj części na lekarski. Znał braki i słabe strony sprawy Kulparkowskiéj sprawozdawca komisyi lustracyjnéj, a pamiętając zarzuty, czynione poprzednio i czując za sobą obronę Dra Zyblikiewicza, postanowił wystąpić z wnioskiem, który mógłby wywołać zmianę szefa, jeśliby się udało udowodnić nienależytą gospodarkę. Do tego nastręczał znowu Kulparków najwięcéj sposobności i dla tego sprawozdawca komisyi lustracyjnéj najwięcéj czerpał dowodów w sprawie kulparkowskiéj i w niéj szukał usprawiedliwienia dla wniosku ostatecznego, który brzmiał: „Sejm wyraża życzenie, aby w kierunku tak ważnéj gałęzi gospodarstwa krajowego, jak zarząd szpitali, widoczniéj czuć się dawała ręka czynna administratora, któryby czuwał, aby wydawane przez niego pogo polecenia jak najściśléj wykonywane były“. Przyjęcie tego wniosku równało się zmianie szefa bióra ze wszelkiemi następstwami, i byłoby potwierdzeniem, że gospodarka biura sanitarnego była nieodpowiednią. Izby nie przekonały jednak wywody sprawozdawcy, bo uznawała ona najzupełniéj zasługi Dra Hoszarda, położone na polu administracyi, a między posłami, broniącymi wydatków sanitarnych, znaleźli się tacy, którzy bardzo dzielnie bronili szefa departamentu, który w obronie własnéj dobitnie wykazał cel wniosku.

Żałować jednak należy, że przez przyjęcie wniosku p. Chrzanowskiego musiała Izba nie przyjąć również do wiadomości słusznych utyskiwań i skarg na zakład kulparkowski, o których sprawozdawca wspominał. Jeżeli z jakiego względu zasłużył sprawozdawca na obronę, to właśnie z tego powodu, iż w swojém przemówieniu zaznaczył niewlaściwości, jakie w zakładzie istniały i istnieją, a te nieporządki wyjawić i poddać krytyce Izby dla ich usunięcia, było obowiązkiem komisyi lustracyjnéj. Ku wielkiéj uciesze tych, którzy są twórcami złego w Kulparkowie, zepchnięto sprawę z porządku dziennego, a przez to nie można spodziewać się koniecznéj reformy w zakładzie, chyba aż w chwili zwołania powtórnego Izby, lub stanowczego obsadzenia dyrektoryjatu. Usunięcie téj sprawy z porządku dziennego uwalnia nas na razie od szczegółowego wykazania, gdzie spoczywa źródło złego, a z drugiéj strony zyskując na czasie, będziemy się starali dostarczyć bardzo szczegółowych dowodów, że w Kulparkowie nie tak się dzieje, jak dziać się powinno. Odkrycie nieładu uważamy za obowiązek, aby jednak udowodnić czytelnikowi, że nieład istnieje, przypomnimy choćby tę okoliczność, iż w przeciągu lat pięciu nastąpiła po trzy kroć zmiana rządcy. Pierwszego pociągnięto nawet przed kratki sądowe, ale niczego mu nie udowodniono; drugiego powołano napowrót do Wydziału krajowego, w którym tenże piastował znaczniejszy urząd, a odwołano go dla tego, że pożądanego spokoju nie wprowadził. Wreszcie przysłano trzeciego. Zdawało się, że tym razem Wydział przeświadczony, że obsada nieodpowiednia jest złą w następstwach, powierzy rządy spreżystéj a wypróbowanéj dłoni. Tymczasem dowiedziano się, że rządcą został dyetaryusz Wydziału krajowego, który wprawdzie na zajmowanéj posadzie w Wydziale nie mógł odznaczyć się odpowiedniemi administracyjnemi zdolnościami, ale z tego bynajmniéj nie wynikało, aby nie mógł być dobrym rządcą. W chwili nominacyi podawano wprawdzie z ust do ust, najpierw pod tajemnicą a wreszcie głośno, że kwalifikacyją było poparcie płci pięknéj, ale to zapewne wymysl złych języków. Jeszcze ciekawszym jest stosunek urzędników, pracujących w Kulparkowie. Nie podobna zaprzeczyć, że uposażenie urzędników nie jest małe, ale właśnie dla tego wielu jest kandydatów na posady w zakładzie, a w braku opróżnionych posad stara się każdy stworzyć sobie miejsce, pracując usilnie nad wysadzeniem swego bezpośredniego przełożonego. O tém wie dobrze Wydział krajowy a archiwum zachowuje dowody tego w postaci niezliczonych skarg i rekryminacyj, w których się mieszczą tajemnice Kulparkowa. Podziwiać musimy względność Wydziału, który opierając się na owych piśmiennych dowodach, mógłby najłatwiéj zaprowadzić ład przez wprowadzenie do zakładu nie tylko uzdolnionych, ale wypróbowanéj uczciwości urzędników. A czy tych nie znajdziemy? Z pewnością znajdą się, jeżeli się ich szukać potrafi. Ponieważ jednak o Kulparkowie w przyszłości obszerniéj pomówimy, a wykazanie braków po zamknięciu Sejmu nie należy do nagłych spraw z wyjątkiem dla przyszłego dyrektora, przypomnimy jeszcze jedno polecenie, którém Izba działalność swoję zaznaczyła. Oto polecono Wydziałowi krajowemu, aby zniósł obie filije zakładu kulparkowskiego, jakie przy szpitalach w Żółkwi i Przemyślu istniały. I jak wiadomo filije te mieściły obłąkanych nieuleczalnych, bez względu na to, czy chory jest niebezpieczny dla otoczenia, lub nie. Izba widocznie wychodząc z założenia, że obowiązkiem kraju jest czuwać tylko nad nieuleczalnymi chorymi, a z drugiéj strony, chcąc przecież coś zaoszczędzić, powierza nieszczęśliwych obłąkanych, a godnych największéj litości, gminom, o których przecież niewątpliwie jest przekonaną, że one opiekować się nie będą, bo zresztą opiekować się nie umieją. A czyż grosz tym sposobem zaoszczędzony wynagrodzi nieszczęścia, jakich przyczyną stać się muszą włęsający się samopas chorzy, czyż to polecenie nie narusza obowiązku, jaki Izba na siebie przyjmuje, mianowicie: czuwanie nad zdrowymi? Dziwić się należy, że rząd, który wyraźnie zastrzegł sobie zaopatrzenie wszystkich chorych na umyśle, nie stawiał trudności Izbie, i że nikt w Izbie nie znalazł się, któryby przedstawił w prawdziwém świetle następstwa zgubnego polecenia. Jeszcze gdyby ci nieszczęśliwi chorzy należeli do klas zamożniejszych, to niewątpliwie każdy z członków rodziny, do któréj obłąkany należy, starałby się nie tylko innym oszczędzić przykrego widoku obłą-

kanego, ale nadto pamiętałby o potrzebach cielesnych chorego. Jak jednak wiadomo, największa część tych nieszczęśliwych chorych należy właśnie do najuboższéj klasy, która sama cierpieniami swemi litość wzbudza, i tych to najuboższych i nieszczęśliwych uszczęśliwiamy, wracając im chorych na umyśle członków rodziny. Istniejące filije, co najwięcéj po 60 do 70 chorych mieszczące, nie mogły rzeczywiście wraz z zakładem kulparkowskim pomieścić wszystkich chorych, dla których opieka jest niezbędną, a bardzo wiele chorych, bo przeszło dwa tysiące, było zostawionych na łasce i niełasce losu; cóż więc szkodzi, gdy liczbę chorych obłąkanych a rzuconych na pastwę losu o sto lub dwieście powiększymy? Zakładamy stowarzyszenia opieki nad zwierzętami i szczycimy się postępem pod względem humanitarnym, a z drugiéj strony wyrzekamy się opieki nad obłąkanymi, chcąc chyba dać świadectwo, że człowiek obłąkany mniéj na litość zasługuje, niż zwierzę. Gdyby wiara, że obłąkany jest opętanym przez czarta, była możliwą, gdyby tę wiarę podzielała Izba, polecenie jéj byłoby usprawiedliwione; dzisiaj jednak można polecenie Izby usprawiedliwić chyba „dobrze zrozumianą oszczędnością.“ A niestety, jak nam wiadomo, Wydział ma zamiar spełnić co do joty polecenie Sejmu, a przyszłemu dyrektorowi Kulparkowa przypadnie w udziale rozpędzać chorych tak z zakładów filijalnych, jakotéż z zakładu Kulparkowskiego, do którego wrócą tylko ci chorzy z obu szpitalów prowincyjonalnych, którzy dla społeczeństwa byliby bardzo niebezpieczni. Prawdę mówiąc, radzibyśmy byli, aby Wydział był nielitościwym w spełnieniu polecenia, bo w takim razie najłatwiéj cofnie Izba uchwałę, gdy się przekona o niezwyczajnie zgubnych następstwach tego polecenia, na które z pewnością długo czekać nie będziemy.

Jakkolwiek obsadzenie dyrektoryjatu nie należy właściwie do spraw sejmowych, powiemy jeszcze słów kilka o kandydatach na dyrektoryjat, których nadspodziewanie wielu się znalazło. Nic więc dziwnego, że Wydział odstąpił od ekspozytury, a zamierza stanowczo zamianować dyrektora na Kulparkowie. Nie będę mówił o kandydacie przeszło 70 letnim, który około czterdzieści lat pełni obowiązki lekarza powiatowego i to uważa za kwalifikacyję; nic nie umiem powiedzieć o drugim kandydacie, lekarzu z Poznania. Natomiast powiem słów kilka o kandydatach, których czytelnicy Przeglądu dobrze znają. Jeszcze przed ogłoszeniem konkursu, gdy zamierzano wystąpić przeciwko dr. Mareschowi, upatrzono następcę w Drze Opolskim, który jak wiadomo, przez wiele lat był prymaryjuszem oddziału obłąkanych we Lwowie, i który zawiadywał oddziałem kobiet w Kulparkowie aż do chwili zamianowania dyrektora dymisyjonowanego. W Izbie posłów, w Wydziale krajowym, u lekarzy i u publiczności, interesującéj się zakładem, znalazła ta kandydatura ogólny poklask. I nikt nie wątpił przed ogłoszeniem konkursu, że Dr. Opolski posadę otrzyma; tymczasem po ogłoszeniu konkursu wielu wątpiących się znalazło, ale nie dla tego, aby opinija w mgnieniu oka się zmieniła, ale dla tego, że uważano warunki ogłoszonego konkursu za niedostateczne. Gdy wieść, iż Dr. Opolski wcale ubiegać się nie zamierza, stała się głośną i doszła do członków Wydziału, wówczas kilkakrotnie wzywano Dr. Opolskiego do Wydziału, aby go skłonić do objęcia posady. W tymże już czasie, ulegając presyi pewnegż grona, postanowił Dr. Opolski wystąpić z kandydaturą, ale nie w celu objęcia posady dyrektora, lecz dla uwidocznienia, że ubiegałby się o tę posadę, gdyby warunki konkursu były do przyjęcia i gdyby one umożliwiały jemu, jako dyrektorowi, rzetelne wypełnianie obowiązków. Z góry wiedziano, że warunków, jakie Dr. Opolski postawił, Wydział pomimo najszczerszych chęci, nie przyjmie, a szczególnie Wydział obecny, na którym Izba wymusiła niewolnicze, że tak powiemy, zastósowanie się do jéj poleceń, Wydział, który przyrzekł Izbie nie przekroczyć budżetu. W ten sposób usunął Dr. Opolski sam swoję kandydaturę, a podanie, jak nas zapewniano, wniósł dla tego, aby uwolnić się od zarzutu, jaki mu niejednokrotnie robiono, że on jest w części przyczyną wszystkiego, co w Kulparkowie się działo, bo gdyby w jego rękach dyrekcyja spoczywała, zakład używałby innéj reputacyi. Drugim kandydatem ubiegającym się warunkowo tylko o posadę dyrektora jest Dr. Neusser, prymaryjusz zakładu obłąkanych w Krakowie. Warunkowo ubiega się Dr. Neusser, żądając, aby jemu posada była nadaną na rok, po którym to czasie pragnie wrócić na posadę swoją w Krakowie, jeżli będzie uważał posadę w Kulparkowie za rzecz uciążliwą. I słusznie zrobił Dr. Neusser, że postawił taki warunek, który mu odwrót umożliwia, a warunek ten dowodzi, że Dr. N. przeczuwa wielkie trudności, które dokładniéj pozna, gdy obejmie posadę. Szczerze cieszylibyśmy się, gdyby Dra N. wyszedł zwycięzko z téj próby i gdyby zakład stanął na téj wyżynie, na jakiéj każdy z lekarzy zakład ten widzieć pragnie, a tém bardziéj bylibyśmy zadowoleni, gdyby Dra. N. zadowoliło uposażenie dyrektora, które zdaniem naszém jest zanadto małe, a z pewnością nie większe od uposażenia prymaryjusza. Jak wiadomo, płaca prymaryjusza wynosi 1.500 złr. z pomieszkaniem, opałem, światłem i wiktem, a wydatek na wikt, który dyrektor ponosić będzie musiał, o wiele przewyższy różnicę uposażenia, jaka istnieje między płacą dyrektora a prymaryjusza. Nie wątpimy, że Dr. N. wkrótce zgodzi się z naszém twierdzeniem, iż uposażenie nie jest dostateczne. Trzecim kandydatem jest Dr. Dobiński, prymaryjusz zakładu kulparkowskiego, który podaniem tém dał dowód, iż czuje się na siłach podołania tym obowiązkom.

Rozpoczynając list niniejszy, nie sądziliśmy, aby sprawę obsadzenia dyrektoryjatu tak szybko rozstrzygnięto. Jak wiadomo, dostała się posada Dr. Neusserowi a pospiech z jakiém rzecz załatwiono, dowodzi, że Wydział krajowy chciałby zakład kulparkowski przekształcić. Wierzymy, że nowo zamianowanemu dyrektorowi na chęciach nie zabraknie, jesteśmy przekonani, że Wydział poda dyrekcyi pomocną rękę, ale mimo to jesteśmy przekonani, że Kulparków pozostanie niemal tym samym, jakim jest obecnie, bo wprowadzenie koniecznych reform z innych powodów nie jest możliwém; bodajbyśmy jednak byli fałszywymi prorokami. O powodach tych powiemy przy najbliższéj sposobności.

Lwów, dnia 28 lipca 1880 r. X.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie Komisyi edukacyjnéj o wniosku posła Dra Majera w przedmiocie stosunku Uniwersytetu, a mianowicie jego klinik do szpitala św. Łazarza w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr 30).

Ministerstwo przyrzekło wystawić 2 pawilony dla klinik kosztem skarbu państwa, wynieść mogącym około 150.000 złr., zrobiło to jednak zależném od dwóch warunków: żeby Wydział krajowy odstąpił pod tę budowę bezpłatnie część gruntu szpitalnego i przyczynił się do niéj choćby skromnym zasiłkiem. Wy-

dział krajowy nie przychylił się do tego żądania, z uwagi, że własnością szpitalną rozrządzać mu nie wolno, i że obowiązkiem jest rządu czynić zadosyć potrzebom uniwersytetu. Nie tylko więc odmówił wszelkiego datku na koszta budowy, ale co większa, za odstąpienie kawałka gruntu, około jednego morga wynosić mogącego, żądał wynagrodzenia bądź ryczałtowo w ilości 5.600 złr., bądź też rocznego czynszu około 300 złr. w. a.

Komisyja uznaje zupełnie tak obowiązek Rządu względem uniwersytetu, jak i oględność Wydziału w rozporządzaniu funduszem szpitalnym, a może niepewność jego, czy rozrządzenie takie odpowiedziałoby zapatrywaniu się na tę sprawę Wysokiego Sejmu. Inna to jednak rzecz oględność wynikła ze względu na zakres służącego sobie prawa, a doradzanie w téj myśli normy postępowania Wysokiemu Sejmowi. W téj mierze Komisyja ze zdaniem Wydziału zgodzić się nie może.

Jakoż pomijając zupełnie stronę prawną, sprawa budowy pawilonów klinicznych ma jeszcze stronę inną, a mianowicie obowiązek moralny, nie dozwalający krajowi patrzeć obojętnie na los Uniwersytetu krakowskiego, a zwłaszcza jedynego jak na teraz Wydziału lekarskiego. Że Wysoki Sejm powodować się będzie takiém względem niego usposobieniem, o tém tém bardziéj wątpić się nie godzi, że wystawienie kosztem rządu oczekiwanych pawilonów wprowadzając do kraju około 150.000 złr. w. a., nie narażając funduszów krajowych na uszczerbek i owszem rokując dla nich niejakie korzyści, przyniosłoby jeszcze to zadowolenie, iż kraj nie stawiając temu trudności działał w dobrze zrozumianym własnym interesie. Na rozszerzeniu bowiem i lepszém umieszczeniu klinik zyskałaby nauka, zyskałoby wykształcenie lekarzy, których Uniwersytet przecież nie dla siebie lecz dla kraju usposabia. Tak też to inne kraje koronne, jak Czechy, Styryja i Tyrol, pojmują swój do Uniwersytetu stosunek, oddając znaczną ilość ubikacyj w szpitalach krajowych na cele nauki klinicznéj. Temu to zawdzięcza nawet tak mało uczęszczany Wydział lekarski, jakim jest insbrucki, że w porównaniu z klinikami krakowskiemi rozporządza daleko większą ilością łóżek.

Wydział krajowy również w gorących słowach wyraża życzliwość swoję dla Uniwersytetu. W szczerość téj życzliwości Komisyja wierzy najzupełniéj, bo jest ona naturalną i zaszczytną dla każdego rodaka, a najmniejsze o niéj wątpienie byłoby dla niego ubliżeniem i krzywdą. Nieszczęściem jednak życzliwość nie zastąpi czynu, do którego przecież dążyć nam należy.

Jak się namieniło, budowę pawilonów klinicznych Ministerstwo czyni zależną od bezpłatnego odstąpienia kawałka gruntu szpitalnego i pewnego, choćby skromnego zasiłku.

Co do zadosyćuczynienia warunkowi drugiemu, tego równie jak Wydział, nie doradza i Komisyja, z powodów jednak zupełnie odmiennych. Jeżeli bowiem Wydział krajowy czyni to z jednéj strony w uznaniu obowiązku rządu, z drugiéj dla oszczędzenia szpitalnego funduszu; to nie przecząc lecz owszem z całą siłą przekonania przemawiając za pierwszém, a nie nastając na drugie, Komisyja pozwala sobie zapytać, czy obok obowiązków względem Uniwersytetu Rząd nie ma ich także względem różnych innych potrzeb kraju? Czyż przy nadmiernie opłacanych podatkach nie byłoby jego obowiązkiem dbać w ogóle o szpitale i drogi krajowe? czyż nawet już z mocy ustawy nie do niego należy regulowanie rzek spławnych, zaprowadzanie i uposażanie szkół średnich mianowicie gimnazyjów? Dlaczegoż jednak znaglony potrzebą jeden z tych obowiązków kraj bierze na siebie, innym poddają się miasta? Łatwa na to odpowiedź, bo uznając potrzebę a tém samém szkodę dla siebie i dla kraju z niedostatku takich zakładów płynącą, chętnie czy nie chętnie ciężar ich utrzymania przyjmują na siebie w części lub w całości. Czyż więc tylko dla klinik krakowskich kraj miałby być tak dalece obojętnym, że w razie konieczności nie uznałby za właściwe ich sprawę choćby skromnym datkiem poprzeć? tego Komisyja przypuszczać nie może. Z innego też powodu a mianowicie, że przy rozbiorze dalszych punktów znajdzie się prawdopodobnie odpowiedni téj ofierze ekwiwalent, w tém miejscu jéj nie doradza.

Co do bezpłatnego odstąpienia części gruntu szpitalnego, Wydział krajowy sądzi, że uczynić tego nie można z tego powodu, że grunt ten zakupiony z funduszów szpitala jest częścią jego majątku, którym dowolnie, jak majątkiem pupilarnym, rozporządzać nie wolno tak jemu jak nawet krajowi. Bardzo to chwalebna skrupulatność, w tym razie jednak posunięta za daleko. Wszak z tych samych funduszów, przeznaczonych w większéj części na bezpłatne pielęgnowanie chorych, Wydział krajowy opędził nakład na budowy szpitalne, a jeśli stało się to pod warunkiem refundowania w razie danym z funduszów krajowych, to czemuż ze względów rozebranych powyżéj nie mogłoby to i w tym razie nastąpić? Jeśli wszelako idzie o dobro pupila, to w miejsce pozornéj straty byłaby tu rzeczywista korzyść. Strata byłaby pozorną, bo część gruntu, o któréj mowa, leży bez użytku, a na jéj zakupienie w takiém otoczeniu atmosferą szpitalną nie znajdzie się prywatnego amatora. Korzyść byłaby jawną; kliniki bowiem, mając obecnie tylko 93 łóżek, miałyby ich podług projektu po umieszczeniu w nowych pawilonach 160, przybyłoby więc pomieszczenia na 67 chorych, nie obcych przecież lecz krajowych, których inaczéj szpital krajowy przyjąć i pielęgnowaćby musiał. Gdy zaś w tym ostatnim, według sprawozdania Wydziału krajowego (str. 134), mimo wybudowania przezeń nowych pawilonów brak miejsca uczuwać się daje, przybytek więc 67 łóżek w pawilonach klinicznych, **kosztem Rządu** wzniesionych, uwolniłby fundusz szpitalny a względnie krajowy za małą ofiarę jednego morga gruntu, od wydatku znacznego, jakiego prędzéj lub późniéj, a może i wkrótce wymagałaby budowa nowego pawilonu szpitalnego. Skoro do tego dodamy, że fundusz szpitalny zyskaćby mógł jeszcze przez zawarcie z Rządem korzystnéj umowy co do wynagrodzenia z funduszu edukacyjnego za udział gospodarczy w pielęgnowaniu chorych klinicznych; to sądzi Komisyja, że z głębokiém przekonaniem zalecić może Wysokiemu Sejmowi do przyjęcia pierwszy ustęp wniosku odstąpionego jéj do sprawozdania.

Drugi w nim ustęp zmierza do tego, ażeby według układu w r. 1876, klinice dzieci, przeniesionéj ze szpitala św. Łazarza do nowo przez prywatne Towarzystwo wystawionego szpitala św. Ludwika, Wydział krajowy zabezpieczył dawniejsze umieszczenie, gdyby w przyszłości z jakichbądź powodów w tym ostatnim zostawać nie mogła.

Co do tego punktu Komisyja edukacyjna daje następujące krótkie objaśnienie:

Stósownie do odezwy Namiestnictwa z dnia 13 październiká 1873 roku L. 49345, za zgodą Wydziału krajowego, otwartą została klinika dzieci w szpitalu św. Łazarza i mieściła się tamże, dopóki w trzy lata późniéj, po wybudowaniu przez prywatne Towarzystwo szpitala dla dzieci, Wydział krajowy nie uznał za stósowne przenieść ją do niego. Ministerstwo oświecenia nie tylko nic nie miało przeciw temu przeniesieniu, ale nawet przyrzekło udzielać Towarzystwu roczną subwencyję za pomieszczenie kliniki, jako odpowiedniejsze celowi, z tém atoli zastrzeżeniem, że Wydział krajowy zobowiąże się zwrócić klinice pedyjatrycznéj taką samą ilość izb, jaką poprzednio zajmowała w szpitalu św. Łazarza, gdyby w przyszłości z jakichbądź powodów w tym prywatnym szpitalu mieścić się nie mogła.

W sprawozdaniu Wydziału krajowego Komisyja nie znajduje wzmianki, żeby w téj mierze stawiane być miały z jego strony jakiebądź trudności. Wynikałoby jednak z zażaleń nadesłanych wnioskodawcy przez stronę w tém interesowaną, że namienionego wyżéj zobowiązania Wydział krajowy przyjąć nie chce i dotąd nie przyjął, przez co też i układ między Towarzystwem a Rządem dotąd nie mógł przyjść do skutku.

Być może, iż żądane przez Ministerstwo oświadczenie jest nawet zbyteczne, trudno bowiem przypuścić, żeby Towarzystwo po otrzymaniu subwencyi rządowéj miało dać powód do wydalenia kliniki ze swego szpitala. Gdy jednak bądź co bądź jest ono prywatne, i jako takie uległe niepewnym kolejom, ten zatém jego charakter był prawdopodobnie powodem troskliwości Ministerstwa o dalsze losy kliniki dziecięcéj, a następnie chęci zapewnienia jéj napowrót w przypadku potrzeby pobytu tam, zkąd przeniesioną została.

Ponieważ, gdyby do tego przeniesienia szpital prywatny nie był nastręczył możności, klinika rzeczona jak przedtém tak nadal byłaby zostawała w szpitalu św. Łazarza; ponieważ umieszczenie jéj w tymże nie było przecież chwilowém, lecz stałém; nie widzi zatém Komisyja żadnego a przynajmniéj dotatecznego powodu, żeby żądane oświadczenie daném być nie miało i na téj zasadzie drugi ustęp wniosku Wysokiemu Sejmowi do przyjęcia zaleca. (Dok. nast.)

Statystyka epidemij. W tygodniu 28 ospa złagodniała w Londynie. Umarło 4, leczyło się w szpitalach 201, zapadło świeżo 17. W Wiedniu, Aleksandryi i Budapeszcie umarło po 7, w Paryżu 58, w Pradze 15 i Petersburgu 4. Z innych miast większych donoszą o pojedynczych przypadkach śmierci z ospy. Płonica szerzy się bardziéj w Londynie i Stokholmie. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 42, z duru osutkowego i powrotnego 37, względnie 13. Z nieżytów jelit wzmogła się śmiertelność we wszystkich większych miastach. W tygodniu 29tym umarło w Krakowie 4 z ospy, 5 z płonicy, 1 z dławca, a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 2 płonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego, 1 czerwonki, 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 28, tj. do dnia 20 lipca, umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 30,2; w Warszawie 27,8; w Poznaniu 30,1; w Wiedniu 26,9; w Budapeszcie 31,8; w Pradze 36,2; w Berlinie 46,5; w Wrocławiu 37,9; w Mnichowie 39,?; w Dreźnie 28,1; w Lipsku 17,9; w Bazylei 20,4; w Brukseli 20,2; w Amsterdamie 26,4; w Hadze 18,0; w Paryżu 24,1; w Londynie 18,9; w Kopenhadze 23,3; w Stokholmie 31,0; w Chrystyjanii 20,5; w Petersburgu 49,5; w Odesie 55,6; w Rzymie 27,0; w Bukareszcie 23,7; w Aleksandryi 48,8; w Bombayu 28,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 lipca. Dowiadujemy się właśnie, że Dr. Gustaw Neusser, docent Uniw. Jagiell. i prymaryjusz tutejszego zakładu dla obłąkanych, zamianowany został wczoraj dyrektorem zakładu w Kulparkowie. Przyznać musimy, że wybór jest szczęśliwym. Dr. Neusser przez lat kilka służył w zakładzie wiedeńskim a od lat 10 jest kierownikiem tutejszego zakładu. Doświadczeniem praktyczném, energiją i gorliwością potrafił on zakład tutejszy, rażący swojém umieszczeniem, powoli przyprowadzić do ładu i składu i wyrobić mu dobrą opiniję, tak że nie tylko w obecnym pięknym gmachu, ale nawet jeszcze dawniéj, dopóki się mieścił u św. Ducha, przestał być przestrachem dla chorych zamożniejszych. W każdym razie Dr. Neusser ma powodzenie po swojéj stronie, i dlatego mamy nadzieję, że i zakładowi kulparkowskiemu potrafi przywrócić reputacyję należytą i uczynić go têm, czém być powinien, skoro kraj wydatków nań nie szczędzi. Spodziewamy się, że nowy dyrektor potrafi usunąć wszystkie przeszkody, z któremi bezskutecznie walczył dyrektor dawniejszy, ale też tuszymy sobie, że Wydział krajowy zechce nowemu dyrektorowi ułatwić pracę przez nadanie mu rozleglejszéj władzy, aby nareszcie karność ścisła istnieć mogła w Kulparkowie. Stósunki nie zwykle wymagają środków wyjątkowych, a jeżeli ich zawczasu nie zastósujemy, narazimy się na zarzut, że do rządów jesteśmy niezdolni.

* W tym tygodniu odbył się we Wiedniu Wiec stowarzyszeń lek. rakuskich. Mamy zapewnione sprawozdanie z wiecu tego, które umieścimy w jednym z następnych numerów.

* Dr. Kazimierz Łukaszewicz w Kraśniku w Król. Polskiém obchodził w dniu 10 bm. 50 letni jubileusz zawodu lekarskiego. Uzyskał on dyplom doktorski w Uniw. warszawskim w r. 1830, poczém pełnił obowiązki w b. wojsku polskiém a od r. 1833 osiadł w Kraśniku. (*Medycyna*).

* Od abonenta w Rudolstadt (w ks. Schwarzberg R.) otrzymaliśmy wycinek z gazety „*Schwarzberg-Rudolstädtische Landeszeitung*“, z którego dowiadujemy się, że Dr. Deegen w Köstritz (ks. Reuss mł. l.) poleca przeciw dyfteryi herbatę z liści *Eucalyptus globulus* z dodatkiem, że gotów jest lekarzom i chorym bezpłatnie liści takich udzielać. — W doniesieniu têm interesuje nas więcéj wiadomość, że Przegląd Lek. ma abonenta i w Rudolstadt i że doszedł nas ztamtąd list z adresem polskim.

* W Cieplicach czeskich do d. 21 bm. bawiło gości kąpielowych 7174.

+ **Karlsbad** 24 lipca. Do dziś dnia było osób 18,870, o 1547 więcéj niż do tegoż dnia r. z. W pierwszych dwóch dniach tygodnia temperatura wynosząca 25° R. w cieniu, a 32° R. na słońcu, po burzy godzinnéj z grzmotami i ulewnym deszczu połączonéj (18/7 po południu) zniżyła się dnia następnego do 20° R. i utrzymywała się przez resztę dni tygodnia na 15° R. przy pogodzie prześlicznéj.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny Dr. Sommer w Gryfii mianowany został profesorem nadzw.

* **Wiadomości osobowe.** Weterynarz Krajowy Dr. Werner we Lwowie, powołany został czasowo do pełnienia obowiązków w ministerstwie spraw wewn. we Wiedniu; Docent i weterynarz powiatowy w Krakowie Dr. Rasp przeniesiony został do Rohatyna, a na jego miejsce mianowany weterynarzem powiatowym w Krakowie p. Littich, który tymczasem zastępować będzie weterynarza krajowego w Namiestnictwie we Lwowie.

* **Nekrologija.** W Jaworowie umarł lekarz powiatowy Dr. Adolf Friedberg, członek korespond. naszego Towarzystwa. Dziś umarł w Krakowie Dr. Leonard Voigt, lekarz więzienny.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 30: Dunina: Spostrzeżenia nad epidemiją tyfusu powrotnego (c. d.); Heimana: Sprawozdanie z czynności chirurg. szpitalnéj za r. 1879.

Piśmiennictwo lekarskie. NEPVEU G., Mémoires de chirurgie. gr. 8. Paris, Delahaye. Fr. 3.

NIEMEYER P. Grundriss der Percussion u. der Auscultation. 3. Aufl. M. 34. Holzschn. gr. 8. Stuttgart. Enke. M. 2. 40.

RABBINOWICZ, La médecine du Thalmud. 8. Paris. Germer Baillière et Comp. Fr 10.

RANVIER L., Leçons d'anatomie générale s. l. système muscul. recueillies par M. J. Renaut 8 Paris, Delahaye. Fr. 12.

RÜFFERT F. W., Mikroskopische Fleischbeschau. M. 28. Holzschn. 8. Leipzig, Weber. gebd M. 1.

SCHMIDT C., Die Retention der Eihäute u. ihre Folgen. gr. 8 Jena, Dege et Haenel. M. 1. 50.

SECOND P., Des abcès chauds d. l. prostate et du phlegmon périprostatique. Av. 3. pl. 8. Paris, Masson. Fr. 6.

SMITH C, Précis clinique des affections des voies urinaires chez l'homme. T. 1. av. 49. fig. 8. Paris, Delahaye.

TARNIER, S. u. G. CHANTREUIL, Traité de l'art des accouchements. 2. fasc. av. grav. gr. 8. Paris. H. Lauwereyns. prix compl. Fr. 25.

Redaktor Przeglądu Lek. wyjeżdża na miesiąc sierpień; pod niebytność jego obowiązki redaktora pełnić będzie członek Komisyi redakcyjnéj p. Dr. August Kwaśnicki. Upraszamy więc szan. współpracowników, aby przez ten czas znosić się zechcieli z p. Drem Kwaśnickim (Ul. św. Anny Nr. 192).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.